



Washington State
**Department of Social
& Health Services**

수혜자 개인 의무 계획(IPR) INDIVIDUAL RESPONSIBILITY PLAN (IRP) WorkFirst 수혜자 개인 의무 계획

JAS ID
CASE NUMBER
CLIENT ID

본인은 다음 사항을 이해합니다.

XB – Applying for Other Benefits(기타 혜택 신청)

본인은 _____에서 _____까지 SSI, L&I 및 VA 등과 같은 기타 현금 혜택 등을 추구하기 위해 매주 _____ 시간동안 아래 서비스 제공처에 참석할 것입니다.

본인의 케이스 매니저와 본인은 _____ 전에 본 IRP를 재검토할 것입니다.

서비스 제공처/사무실: _____

주소: _____

담당자 이름: _____

전화번호: _____

본인은 예정된 약속, 심의회에 참석할 것이며 모든 요구 과제물을 완수하고 모든 요구 서류들을 제출할 뿐 아니라 최선을 다해 참석할 것입니다. 본인은 SSI, L&I, VA 및 본인의 변호를 맡은 변호사 등을 포함하여 다른 기관으로부터 받은 정보를 본인의 WorkFirst 케이스 매니저/사회복지사에게 통지할 것입니다.

본인에게는 적정 탁아소가 있으며 교통편은 이미 신청하였습니다.

약속일정, 심의회에 참석치 못하거나 마감일자까지 지정된 서류를 완수하지 못할 경우 당일 혹은 그 전에 아래 연락처로 연락하여 그 사유를 말하겠습니다.

약속날짜 전이나 당일에 전화로 그 사유를 말하지 않을 경우 무단결석으로 간주되며 본인에게 제재조치가 가해질 수 있음을 이해합니다.

본인은 본인에 관한 계획을 준수하지 못하는 어떤 합당한 이유가 있을 경우 가능한 한 빨리 본인의 WorkFirst 프로그램 담당자/사회복지 담당자에게 연락해야만 합니다. 합당한 이유로는 다음을 들 수 있습니다.

- 본인은 병으로 인해서, 갑작스럽게 자녀를 맡길 곳을 찾을 수가 없어서, 혹은 교통편을 마련하지 못해서 약속을 지키지 못했습니다.
 - 본인에게는 응급사태의 건강증세(신체적, 정신적, 감정적)가 있습니다.
 - 본인은 가정폭력의 피해자입니다.
 - 본인은 13세 미만의 제 자녀를 맡길 수 있는 알맞은 가격의 적합한 턱아소를 가까운 곳에서 찾을 수 없습니다.

- 본인에게는 당면한 법적문제가 있습니다.
- 본인은 본인에게 있는 장애문제 혹은 어떤 건강증세로 인해 본 프로그램의 요건을 준수할 수 없었습니다. 혹은
- 본인은 심각한 만성장애를 갖고 있는 사람입니다.
- 본인은 집에서 특수 장애를 가진 아동 혹은 기타 장애 성인을 돌봐야 할 필요가 있습니다.
- 본인은 55세 이상으로서 아이의 부모는 아니지만 아이를 돌봐야 할 입장에 있습니다. 혹은
- 본인은 DSHS 관리담당자의 도움으로 SSI를 신청 중입니다.

본인이 이 계획 동의하지 않을 경우 본인에게는 케이스 재심 신청 혹은/및 심의회를 신청할 권리가 있습니다. 심의회를 신청할 경우 아래 본인의 케이스 매니저 서명 날인일로부터 90일 이내에 본인의 보사부 사무처나 Office of Administrative Hearings, DSHS, PO Box 42488, Olympia WA 98504-2488로 연락해야만 합니다. 본인은 본인의 '수혜자 개인 의무 계획'서 사본을 받았습니다.

케이스 매니저의 서명	날짜	수혜자의 서명	날짜
-------------	----	---------	----

JAS ID	CASE NUMBER	CLIENT ID
기밀 요건		

본인은 직장에서의 승진 혹은 직장 유지, 수락, 구직 및 본인의 계획을 준수하는 데 도움이 되는 지원 서비스를 받을 수도 있습니다. 본인은 본인이 해당 지원 서비스 결정에 동의하지 않을 경우 케이스 재심 및/혹은 심의회를 요청할 수 있습니다. 본인은 아래와 같이 지원 서비스가 필요할 경우 본인의 **WorkFirst** 프로그램 담당자/사회복지 담당자에게 요청할 것입니다.

- 차량 수리
- 기저귀
- 면허/수수료
- 차량 마일리지
- 의복
- 교육비
- 이발
- 직무에 쓰일 도구
- 카운슬링
- 개인위생
- 버스 패스
- 가족계획

본인은 본인에게 요구된 활동 등을 이행해야만 한다는 것을 알고 있습니다. 본인이 합당한 이유 없이 본인에게 요구된 활동들을 이행하지 않을 경우 벌칙이 가해질 것입니다. 이러한 경우를 **WorkFirst** 제재조치 상태라고 합니다. 본인이 제재조치 상태에 있게 될 경우 이는 다음을 뜻합니다.

- 본인이 받는 보조금의 **40%** 혹은 가족 한 사람 몇의 보조금 양 쪽 중 액수가 큰 금액이 삭감될 수 있음.
- 본인의 **IRP**를 **4주간** 연속적으로 준수해야 제재조치 상태에서 해제될 수 있음.
- 본인에게 가해진 제재조치는 본인이 **4주간** 연속적으로 요구조건을 준수한 후 그 **4주간**이 끝나는 바로 그 다음 달에 해제될 것임.
- 제재조치 심의회는 본인의 케이스를 검토한 후 본인이 **6개월** 연속 제재조치를 받을 경우 본인의 케이스를 종결할 수 있습니다.
 - 제재조치 심의회가 본인의 케이스를 종결할 경우 다시 신청해야 함은 물론 **4주** 연속 참가해야만 현금 보조금을 받을 수 있습니다.
 - 본인의 케이스가 제재조치를 다시 받게 되면 제재조치 심의 위원회에서 검토하고 **3개월간** 연속해서 제재조치를 받게 되면 본인의 케이스를 종결할 수 있습니다.

본인이 제재조치 상태에 있는 동안은 본인의 **IRP**를 준수하기 시작할 때까지 본인은 아무런 지원 서비스(예: 직장에 나갈 때 입을 의복 구입비 혹은 교통비)를 받을 수 없습니다.

본인은 다음을 이해합니다. 합당한 이유 없이 본인이 아동양육업무부(**DCS**)에 협조하지 않을 경우 본인의 보조금은 삭감될 수 있습니다. 합당한 이유에는 본인이나 본인의 자녀에게 위해가 되는 조짐도 포함시킬 수 있습니다. 본인이 **TANF** 지원을 받는 동안은 징수되는 아동양육비는 모두 워싱턴 주 정부에 상환하는 것임을 알고 있습니다.

본인이 **TANF/SFA** 지원을 더 이상 받지 않을 경우 **DCS**에서는 징수하는 아동양육비를 본인이 중단 요청을 할 때까지 계속 본인에게 지급할 것입니다. 본인은 지원서비스, 제재조치 및 아동양육비에 관한 내용을 이해합니다.

케이스 매니저 서명	날짜	수혜자의 서명	날짜
------------	----	---------	----